

DFV Deutsche Familienversicherung AG  
Reuterweg 47  
60323 Frankfurt

## **Meldeformular Auslandskrankenversicherung**

---

### **Fragebogen für Versicherungsnehmer**

**Sehr geehrter Versicherungsnehmer,**

eine rasche Bearbeitung des Versicherungsfalles ist nur möglich, wenn Sie die nachstehenden Fragen ausführlich und vollständig beantworten und die Schadenanzeige umgehend an uns zurücksenden.

Vielen Dank.

### Einwilligung nach Art. 7 und 9 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten und die Wahrung Ihres Persönlichkeitsrechts sind uns wichtig. Um den Schaden-/Leistungsfall prüfen zu können, benötigen wir Ihre Angaben zum Versicherungsfall. Hierzu gehören unter Umständen auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Um diese Gesundheitsdaten verarbeiten zu dürfen, ist Ihre Einwilligung erforderlich.

Sie haben das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten sowie weitere nach § 203 StGB geschützte Daten zum Zwecke der Schaden-/Leistungsfallbearbeitung im Rahmen des Versicherungsfalles von der Deutschen Familienversicherung verarbeitet und genutzt werden.**

Ort, Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers

## Belehrung nach § 28 Abs. 4VVG

---

### Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Nach Eintritt des Versicherungsfalls können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### Verletzung der Obliegenheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung ganz oder teilweise im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

### Beweislast

Im Falle der Verletzung einer Obliegenheit zur Auskunft oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

### Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Die voranstehende Belehrung und die Folgen bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten habe ich zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

→

Unterschrift des Versicherungsnehmers

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Policen-Nr.</b>	<b>Leistungsfallnummer</b>

**1. Angaben zur versicherten Person**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geb.-Datum
<input type="text"/>	
Anschrift	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf / ausgeübte Tätigkeit	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name der gesetzlichen Krankenkasse	Versichertennummer der gesetzlichen Krankenkasse

Werden bei der gesetzlichen Krankenkasse Ansprüche geltend gemacht?  nein  ja

**2. Angaben zu weiteren Versicherungen**

Bestehen weitere Auslandskrankenversicherungen?  nein  ja

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bei folgender Gesellschaft	Versicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bei folgender Gesellschaft	Versicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bei folgender Gesellschaft	Versicherungsnummer

**3. Angaben zum Auslandsaufenthalt**

Reiseland und -ort / Zeitraum

von  bis

Grund der Reise

#### 4. Medizinische Behandlung

aufgrund von

Krankheit  nein  ja, welche (Diagnose)

Wann traten erstmalig Krankheitssymptome auf?

Welche?

Schwangerschaft, Entbindung  nein  ja

In welcher Schwangerschaftswoche befanden Sie sich beim Eintritt des Versicherungsfalls?

Schwangerschaftswoche

Unfallverletzungen  nein  ja, welche (Diagnose)

Fand eine ambulante Behandlung statt?  nein  ja

Wurden Sie stationär behandelt?  nein  ja

In welchem Krankenhaus? (Bitte Namen und Adresse angeben.)

von  bis

Fand eine Operation statt?  nein  ja

Bestehen krankheits-/ unfallunabhängige Krankheiten oder Gebrechen? Wenn ja, seit wann?

Welche?

Sofern ein Unfall vorliegt: Schaden-/Unfalltag:

Unfallhergang und Tätigkeit zur Zeit des Unfalls (bitte genaue, wahrheitsgetreue Schilderung):

  

Wer hat den Unfall nach Ihrer Auffassung verursacht?

Polizeilich aufgenommen  nein  ja

Anschrift der Dienststelle, Tagebuchnummer

gebührenpflichtig verwarnt /angezeigt

nein  ja, gegebenenfalls wer

Alkohol vor dem Unfall getrunken?

nein  ja

Blutprobe entnommen?

nein  ja, Alkoholkonzentration ‰

Drogen vor dem Unfall konsumiert?

nein  ja, welche

Medikamente vor dem Unfall eingenommen?

nein  ja, welche

Haben Zeugen den Unfall beobachtet? (Bitte Namen und Adresse angeben.)

  

Bestehen Ansprüche gegen Dritte?  nein  ja, bei

(Bitte Namen und Adresse angeben.)

  

Zahlungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden!

DFV Deutsche Familienversicherung AG  
Reuterweg 47  
60323 Frankfurt

Policen-Nr.

**Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Vertragsnummer

Versicherungsnehmer / versicherte Person

Anschrift

Telefon

Ihr Az/Ihre Nachricht vom

Ihr Mandant

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten jedoch keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten.

Zur Prüfung und Beurteilung Ihres geltend gemachten Anspruchs sowie unserer Leistungspflicht ist es notwendig, medizinische Auskünfte und Informationen von den unten näher bezeichneten Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf eventuelle Vorerkrankungen, welche für die Prüfung und Beurteilung des hier in Rede stehenden Leistungsanspruchs vom  von Bedeutung sein könnten.

Bitte beachten Sie, dass wir ohne diese Daten Ihren Anspruch nicht prüfen und bearbeiten können.

Die Anfrage soll an die nachfolgend benannten Stellen für den Zeitraum  
vom  bis  gerichtet werden:

**1. Hausarzt**

  
  

**2. Facharzt**

  
  

**3. Krankenkasse**

  
  

Ich willige ein, dass die Deutsche Familienversicherung AG meine Gesundheitsdaten, soweit diese für die Prüfung und Beurteilung des geltend gemachten Leistungsanspruchs erforderlich sind, bei den oben genannten Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Hierzu befreie ich die Personen und dort beschäftigten Mitarbeiter der in den vorgelegten Unterlagen genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen an die Deutsche Familienversicherung AG übermittelt werden.

Ich willige darüber hinaus ein, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Deutsche Familienversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie insoweit auch die für die Deutsche Familienversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers/versicherte Person